

Vortrag aus Anlass des Jahrespressegesprächs des Bundessozialgerichts am 5.2.2019¹

Prof. Dr. Rainer Schlegel, Präsident des Bundessozialgerichts

Wirbel im Gesundheitswesen - die Rechtsprechung im Sog von Wirtschaft und Politik

1. "Laute" Schlagzeilen

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist zurzeit ein schlagzeilenträchtiges Thema. Konflikte zwischen den Akteuren werden zunehmend öffentlich ausgetragen. Über Gesundheitspolitik wird so viel gesprochen wie seit langem nicht mehr. Auch das Bundessozialgericht und die gesamte Sozialgerichtsbarkeit haben ungewohnte mediale Aufmerksamkeit erhalten. Getitelt wurde unter anderem:

- "Urteil des Bundessozialgerichts gefährdet die Versorgung von Schlaganfallpatienten" (Pressemitteilung Deutsche Gesellschaft für Neurologie vom 2.7.2018)
- "Gerichtsurteil gefährdet Schlaganfallversorgung" (br vom 12.10.2018)
- "Bundessozialgericht ist ein rotes Tuch für die Kliniken" (KMA-online vom 17.9.2018)
- "Krankenkassen empört über Spahn – „Generalamnestie für falsche Rechnungen" (Handelsblatt vom 1.11.2018)
- "Gesetzgeber begrenzt Willkür der Kassen" (Pressemitteilung DKG vom 2.11.2018)
- "Verjährungsfrist: Schutz vor dem BSG!" (medcontroller, 19.10.2018)
- "Jens Spahn löst Klage-Tsunami aus" (ntv vom 20.11.2018)
- "Jens Spahn - Der Gesundheitsminister als Ruhestörer" (Stuttgarter Zeitung vom 17.1.2019)
- "Jens Spahn legt sich mit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen an" (n-tv vom 11.1.2019)

2. Stationäre Versorgung als Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen

Um all das zu verstehen, muss man wissen: Die stationäre Versorgung von Patienten ist ein maßgeblicher Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen. Denn die aufsehenerregenden Meldungen betrafen insbesondere die stationäre Versorgung in Krankenhäusern. Und dabei geht es um sehr viel Geld.

¹ zur Veröffentlichung geringfügig redaktionell überarbeitet

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben nach Angaben des Statistische Bundesamtes im Jahr 2017 erstmals die Marke von 1 Milliarde Euro pro Tag überschritten; sie erreichten einen Rekordwert von 374,2 Milliarden Euro.² Von den rund 83 Millionen Menschen in Deutschland waren Ende 2018 mehr als 73 Millionen in der GKV versichert. Bereits 2016 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 11,3 %. Auf Krankenhäuser entfielen dabei rund 26 % der Gesundheitsausgaben. Die größten Finanzierungsquellen der Gesundheitsausgaben waren die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer mit 112,4 Milliarden Euro, die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber mit 81,6 Milliarden Euro sowie staatliche Transfers in Höhe von 51,8 Milliarden Euro. Die gesetzliche Krankenversicherung trug knapp 58,1 % der Gesundheitsausgaben (zum Vergleich: auf die private Krankenversicherung entfielen 8,7 % der Ausgaben). In Deutschland gab es im Jahr 2017 1.942 Krankenhäuser. Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung im Jahr 2017 lagen bei rd. 91,3 Milliarden Euro (der Anstieg gegenüber dem Vorjahr betrug 3,9 %). Bei rd. 19,4 Millionen Patientinnen und Patienten, die 2017 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, lagen die stationären Krankenhauskosten je Fall bei durchschnittlich 4.695 Euro (+4,4 % gegenüber dem Vorjahr). Hinzu kommen Ausgaben für nichtstationäre Leistungen (z.B. für Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre) in Höhe von 14,5 Milliarden Euro. Die Gesamtkosten der Krankenhäuser 2017 betragen 105,7 Milliarden Euro (2016: 101,7 Milliarden Euro). Es geht auch um einen sehr relevanten Arbeitsmarkt: in Krankenhäusern arbeiteten 2017 gut 1,2 Millionen Beschäftigte; die Personalkosten betragen 63,8 Milliarden Euro (+4,5 % gegenüber 2016).

Die genannten schlagzeilenträchtigen Konflikte betrafen dabei – im Kern – zwei Themenkreise: Zum einen das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, zum anderen den Umfang der Leistungsansprüche der Versicherten gegen ihre Krankenkasse.

3. Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten

Stein des Anstoßes waren Entscheidungen zur Vergütung stationärer Krankenhausleistungen für gesetzlich krankenversicherte Patienten, also Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt seit 1972 in einem dualen Finanzierungssystem: Die sog. Investitionskosten werden im Wege öffentlicher Förderung übernommen. Sie werden von den Bundesländern aus Steuermitteln getragen. Für laufende Be-

² ermittelt auf der Basis eines vom Statistischen Bundesamt prognostizierten Anstiegs gegenüber 2016 um 4,9 %, vgl.

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>, abgerufen am 5.2.2019

triebskosten erhalten die Krankenhäuser leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen. Für Streitigkeiten aus diesem Bereich ist die Sozialgerichtsbarkeit zuständig.

a) Der Streit um die Stroke-Units

Ich möchte einen Fallkomplex herausgreifen, der den Konflikt sehr deutlich macht.

Das Bundessozialgericht hatte in zwei Entscheidungen vom 19.6.2018 (B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R) zu klären, ob die Voraussetzungen für die Abrechnung einer Zusatzvergütung für Schlaganfallpatienten vorlagen. Krankenkassen hatten bereits gezahlte Vergütung zurückgefordert, das Bundessozialgericht musste also entscheiden, ob den Krankenkassen die geltend gemachten Rückforderungsansprüche tatsächlich zustanden.

Krankenhausleistungen werden auf der Grundlage diagnosebezogener Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) vergütet. Den Kern eines DRG-basierten Vergütungssystems stellt ein Patientenklassifikationssystem dar. In diesem werden Patientinnen und Patienten aufgrund bestimmter Merkmale in möglichst wenige und möglichst kostenhomogene Gruppen eingeteilt. Der unterschiedliche Behandlungsaufwand wird durch Bewertungsrelationen ausgedrückt. Grundsätzlich ergibt sich der Preis einer Fallpauschale durch Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG mit einem bundeslandspezifischen Preis. Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt EDV-gestützt (mittels sog. Grouper). Sie wird insbesondere durch die Krankheitsart (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie die erbrachten Leistungen (Operationen und Prozeduren) bestimmt.

Hintergrund des Streits war, dass Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen ein Zusatzentgelt von rd. 1.000 Euro für die Behandlung von Schlaganfällen in sog. Stroke-Units verlangen können. Hierfür galt Folgendes:

Sofern das Krankenhaus neurochirurgische Notfalleingriffe nicht selbst vornehmen kann, setzte der Abrechnungsschlüssel eine "höchstens halbstündige Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende)" zu einem entsprechenden Kooperationspartner voraus. Das Strukturmerkmal war erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) "grundsätzlich erfüllbar" war. Diese Bedingung hatten letztlich die Vertragsparteien auf Bundesebene (also der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) im Rahmen der Abrechnungsbestimmungen vereinbart und das Bundessozialgericht musste nun entscheiden, ob im konkreten Fall die 30-Minuten Grenze eingehalten bzw. wie diese Abrechnungsbestimmung auszulegen war.

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass mit der halbstündigen Transportentfernung der gesamte Zeitraum gemeint ist, den die Rettungskette benötigt, um einen Patienten zu verlegen. Die Zeit beginnt danach mit der Anforderung des Transportmittels und endet mit der Übergabe des Patienten an das Kooperationspartner-Krankenhaus. Und sie muss regelmäßig jederzeit – also rund um die Uhr – eingehalten werden können.

Zwar hatte das klagende Krankenhaus in Daun/Eifel ein eigenes Schlaganfallzentrum, dieses verfügte aber nicht über die Möglichkeit, selbst neurochirurgische Notfallmaßnahmen vorzunehmen. Patienten, bei denen dies nötig war, wurden von Daun mittels Rettungshubschrauber in ein Krankenhaus in Trier verlegt, mit dem das Krankenhaus in Daun einen Kooperationsvertrag abgeschlossen hatte. Nur dort, in Trier, können gefäßchirurgische und interventionell-neuroradiologische Behandlungsmaßnahmen erbracht werden. Das Krankenhaus in Daun konnte aber nicht sicherstellen, dass die „halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist“. Denn es verfügt nicht über einen eigenen Hubschrauber. Dieser musste vielmehr – jedenfalls nachts oder bei schlechter Sicht – in Gießen angefordert werden. Und bei einer Nachtlandung in Daun musste der Landeplatz von der eigens zu alarmierenden freiwilligen Feuerwehr ausgeleuchtet werden. Auch das braucht einige Vorbereitungszeit. Die kürzest mögliche Anflugzeit bis zum Krankenhaus in Daun für die in Betracht kommenden nachflugberechtigten Hubschrauber betrug bei Nacht und schlechtem Wetter 40 Minuten. Von Daun bis Trier benötigt der Hubschrauber dann mindestens weitere 17 Minuten. Das Bundessozialgericht hat wie die Vorinstanzen entschieden, dass bei der Bestimmung der 30-Minuten-Grenze auch die Anflugzeit zum Landeplatz am Krankenhaus in Daun als Transportzeit zu berücksichtigen ist und nicht nur die Zeit, die der Hubschrauber anschließend nach Aufnahme des Schlaganfallpatienten zum Kooperationskrankenhaus in Trier benötigt. Daher musste auch die Zeit hinzugerechnet werden, die der Hubschrauber braucht, um von Gießen nach Daun zu gelangen.

b) Reaktionen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Der Aufschrei nach dieser Entscheidung war enorm. Nach Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft können die 30 Minuten Transportzeit selbst in Ballungszentren häufig nicht eingehalten werden, wenn sie auch Vorbereitungs- und Rüstzeiten enthalten. Selbst unter idealen Bedingungen seien die Transportzeiten regelmäßig nur tagsüber einzuhalten, da Nachtflüge nicht zur Verfügung stünden. Das Verständnis des Bundessozialgerichts gefährde die Versorgung, obwohl nur in

5 bis 10 % der Fälle ein Weitertransport überhaupt nötig sei. Für einen Großteil der 311 zertifizierten Stroke-Units in Deutschland bedeute dies einen erheblichen Erlösverlust, der pro Fall mehr als 1.000 Euro betrage. Insgesamt gehe es jährlich um sechsstelligen Beträge. Spätestens mittelfristig komme es zum Abbau der Einheiten.

Das mag ja alles sein, spricht aber nicht für eine gute Infrastruktur für Schlaganfallsituationen. Vielleicht haben es viele künftige Schlaganfallpatienten der Entscheidung des Bundessozialgerichts zu verdanken, dass sich die Krankenhäuser jetzt Gedanken darüber machen, ob sie wirklich für solche Fälle gut vorbereitet sind. Ich möchte mich zu den Details der Entscheidung nicht weiter äußern. Allenfalls insoweit, als ich mir im Nachhinein vielleicht gewünscht hätte, dass der Sachverhalt im Urteil, insbesondere die Transportzeiten und örtlichen Verhältnisse, freiwillige Feuerwehr als Ausleuchter usw. etwas ausführlicher dargestellt worden wären. Dann wäre vielleicht auch der eine oder andere Kritiker zu einer anderen Einschätzung gelangt.

Denn kann es für die Zusatzvergütung von 1.000 Euro – wie die Krankenhäuser meinen – wirklich nur darauf ankommen, dass der angeforderte Hubschrauber vom Krankenhaus zum Kooperationspartner nicht mehr als eine halbe Stunde braucht? Kann es völlig egal sein, wie viel Zeit vergeht, bis der Hubschrauber den Patienten überhaupt aufnehmen kann?

Ich verstehe, dass unterlegene Parteien – hier Krankenhäuser ohne eigene komplett ausgestattete Stroke-Unit mit dem Wunsch nach optimaler Vergütung – ein höchstrichterliches Urteil zum Anlass nehmen, um ihren politischen Einfluss geltend zu machen und eine Änderung der Rechtslage zu erreichen. Das ist grundsätzlich legitim.

c) Gesetzesänderungen

Die Einflussnahme zielte im vorliegenden Fall allerdings keineswegs auf eine Verbesserung der Infrastruktur der Krankenhäuser für Schlaganfallpatienten oder auf die Anschaffung nachflugtauglicher Rettungshubschrauber in ausreichender Zahl ab.

Vielmehr hat der Gesetzgeber abrechnungstechnische Maßnahmen zu Gunsten der Krankenhäuser ergriffen:

(1) Das für die Herausgabe der Abrechnungsschlüssel zuständige Institut (das DIMDI) soll mit Blick auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts bei Auslegungsfragen die entsprechenden Komplexziffern jetzt rückwirkend klarstellen und ändern können.

(2) Während bisher für alle streitigen Ansprüche die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren galt, wurde in einem Änderungsantrag zum Pflegepersonal-

Stärkungsgesetz (PpSG) in einer Nacht-und-Nebel-Aktion zusätzlich eine Verkürzung der Verjährungsfrist – sowohl für Vergütungsansprüche der Krankenkassen als auch für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen wegen überzahlter Vergütungen – auf zwei Jahre vorgesehen.

(3) Für vor dem 1.1.2017 entstandene Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen enthält das Gesetz außerdem eine Ausschlussklausel: Ansprüche der Krankenkassen sind danach ganz ausgeschlossen, wenn sie nicht bis zum Tag der 2./3. Lesung im Bundestag am 9.11.2018 gerichtlich geltend gemacht wurden. Die Ausschussdrucksache datiert vom 7.11.2018 – den Krankenkassen blieben also zwei Tage, um etwaige Rückforderungsansprüche noch geltend zu machen.

Nach der Gesetzesbegründung sollte insbesondere verhindert werden, dass Krankenkassen "abgeschlossene Abrechnungsverfahren" wieder aufgreifen und – auf Grundlage der zwischenzeitlich ergangenen Rspr. des Bundessozialgerichts – zum Teil erhebliche Rückzahlungen fordern. Die Rückwirkung für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen sei erforderlich, weil andernfalls eine umfassende Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle nicht erreicht werden könne. Von einer rückwirkenden Verkürzung der Verjährungsfrist für Forderungen der Krankenhäuser werde zugunsten ihrer Planungssicherheit abgesehen (BT-Drs.19/5593, S. 115 f.). Die Ausschlussfrist zielte auf die, so wörtlich, "Entlastung der Sozialgerichte" und "Durchsetzung des Rechtsfriedens" ab. Sie war ausdrücklich eine Reaktion auf die Ankündigung der Krankenkassen, im Hinblick auf die – zunächst allein vorgesehene – rückwirkende Verkürzung der Verjährungsfrist zum Jahresende 2018 noch zahlreiche gerichtliche Verfahren einzuleiten, um die Verjährung zu hemmen. Mit anderen Worten: Ziel war es, eine Klageerhebung durch die extrem kurze Übergangsfrist möglichst faktisch auszuschließen. Dieser Plan des Gesetzgebers ging gründlich schief.

d) "Klageflut"

Die beabsichtigte Entlastung der Sozialgerichte ist gänzlich misslungen. Im Gegenteil: Es ist zu einer wahren Klageflut im unmittelbaren Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes gekommen. Nach vorläufigen Angaben der Landessozialgerichte kann man davon ausgehen, dass bundesweit zum Stichtag 9.11.2018 jedenfalls über 30.000 Klagen eingegangen sind und sich dahinter rund 200.000 bis 300.000 Behandlungsfälle verbergen.

Zwar haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Verbände der Kassenarten auf Bundesebene sich inzwischen in einem Krisentreffen auf Vermittlung des Bundesministeriums für Gesundheit auf eine gemeinsame

Empfehlung geeinigt. Es besteht also die Hoffnung, dass in manchen Fällen eine gütliche Einigung gefunden werden kann.

Trotzdem hat der Vorgang nicht nur Porzellan zwischen den Beteiligten zerschlagen und bei den Sozialgerichten zu erheblichem Mehraufwand geführt. Durch die Klagerhebungen sind bereits erhebliche Gerichtskosten entstanden, die im Falle von Klagrücknahmen den Krankenkassen zur Last fallen und letztendlich aus Beitragsmitteln bestritten werden müssen.

Der Hintergrund und die Folgen der Gesetzesänderung waren mutmaßlich nicht allen Entscheidungsträgern ausreichend bewusst, sonst hätte es nicht zu solch weitreichenden unerwünschten Konsequenzen kommen können. Das Ergebnis kann für alle Beteiligten nicht befriedigend sein. Wie es um den Einfluss des Lobbyismus in Deutschland bestellt ist, vermag ich nicht abschließend zu beurteilen – aber, das sage ich offen, ich mache mir Sorgen. Das Bundessozialgericht ist für diese Dynamik in der Gesundheitspolitik allerdings nicht verantwortlich.

4. Streitigkeiten über dem Umfang des Leistungsanspruchs der Versicherten

Der zweite Bereich, der aktuell im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit steht, betrifft die Fragen: Welche Leistungen der medizinischen Versorgung sollen von der gesetzlichen Krankenversicherung im Einzelnen übernommen werden? Und vor allem: wer soll darüber entscheiden?

Konkret geht es um die Aufnahme der Liposuktion bei Lipödem (einer Fettverteilungsstörung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung - ambulant und stationär. Die politische Dimension der Debatte geht jedoch weit darüber hinaus. Denn generell wird jetzt auch darüber diskutiert: Soll anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zukünftig (auch) das Bundesgesundheitsministerium zur Aufnahme von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungsumfang berechtigt sein?

a) Der G-BA und die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der G-BA ist Teil des Systems der gemeinsamen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und zugleich ihr höchstes Gremium. Das bedeutet, dass im G-BA neben den Krankenkassen auch die Leistungserbringer maßgeblich vertreten sind.

Die soziale Selbstverwaltung ist ein prägendes Organisations- und Strukturprinzip der Sozialversicherung. Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung spielt die soziale Selbstverwaltung im Zusammenwirken von Leistungserbringern und Leistungsträgern eine besonders hervorgehobene Rolle. Trägerorganisationen des G-BA sind die Kassenärztliche Bundesver-

einigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Beschlussgremium des G-BA besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und den von den Spitzenorganisationen der Gemeinsamen Selbstverwaltung benannten Vertretern. Patientenvertreter haben – jedenfalls bisher – kein Stimm-, aber ein Mitberatungsrecht.

Die Beschlüsse des G-BA ergehen in Form von Richtlinien und sind kraft Gesetzes für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich. Es handelt sich um untergesetzliche Normen, die wie Gesetze wirken. Der G-BA hat die Aufgabe und Kompetenz, die vom Gesetzgeber selbst geregelt und angelegten Leistungen näher zu konkretisieren. Er hat diejenigen Bestimmungen zu treffen, die zur Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich sind. Er legt insbesondere fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung im Einzelnen übernommen werden. Und er hat die Aufgabe, die Qualität der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

Die Leitplanken gibt das Gesetz selbst vor:

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Zugleich dürfen die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V). Schon seit dem berühmten Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 (1 BvR 347/98) ist aber klar, dass in einer "notstandsähnlichen Situation" bei lebensbedrohlichen oder wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankungen alles Erforderliche mit einer gewissen Erfolgsaussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf zur Verfügung gestellt werden muss (inzwischen normiert in § 2 Abs 1a SGB V). Im Übrigen darf der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein – bei zunehmendem Kostendruck in der Gesundheitsversorgung und begrenzten finanziellen Ressourcen eigentlich eine Selbstverständlichkeit.

Die Umsetzung dieser Vorgaben erzeugt zwangsläufig Zielkonflikte zwischen Medizin, Ethik, Ökonomie, Sozial- und Haftungsrecht. Auch als Beitragszahler und Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung wird man zwei Herzen in seiner Brust tragen: Ist man gesund, wird man Interesse an möglichst niedrigen Beiträgen und einem möglichst sparsamen Einsatz der erhobenen Beiträge haben. Ist man krank, wird man aber nachvollziehbarerweise Einschränkungen des Leistungskatalogs schwerlich akzeptieren wollen, sondern verlangen, dass die Krankenkassen alles finanzieren, was Heilung oder Linderung verspricht.

b) Reformdiskussionen

Ob der G-BA angesichts der Grundrechtsrelevanz seiner Entscheidungen ausreichend demokratisch legitimiert ist, ist unter Fachleuten hoch umstritten. Hierzu liegen einige Habilitationsschriften und zahlreiche Rechtsgutachten vor. Das Bundesverfassungsgericht hat sich im Jahr 2015 skeptisch geäußert (Beschluss vom 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12). In der juristischen Literatur war bereits die Rede von einer "Götterdämmerung" des G-BA (Gassner, NZS 2016, 121). Wenn das Bundesverfassungsgericht gewollt hätte, hätte es die aufgeworfene Frage entscheiden können. Aber was dann?

Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion bewegt sich jedoch auf einer anderen Ebene. Das Bundesgesundheitsministerium soll nach dem bekannt gewordenen Entwurf eines Änderungsantrags zum Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 9.1.2019 ermächtigt werden, per Rechtsverordnung Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unabhängig vom Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot (!) zur Versorgung zuzulassen. Es soll dabei auch von Einschätzungen des G-BA abweichen können. In einem Interview in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung hat der Bundesgesundheitsminister am 21.1.2019 erläutert, dass er die Rolle der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem nicht grundsätzlich in Frage stelle, sie sei aber manchmal zu langsam. Etwa bei der Liposuktion bei Fettverteilungsstörungen würden "zehntausende Patientinnen unnötig hingehalten". Offenbar geht es also um das Tempo, mit dem der medizinische Fortschritt der Bevölkerung zugänglich gemacht wird.

Auch das Bundessozialgericht hat sich in zwei Entscheidungen vom 24.4.2018 (B 1 KR 10/17 R und B 1 KR 13/16 R) damit auseinandergesetzt, ob eine Versicherte Anspruch auf eine stationäre Behandlung eines Lipödems mittels Liposuktion hat. Er hat entschieden, dass die Qualität und Wirksamkeit der Methode nicht ausreichend belegt sei. Dies sei aber „im Interesse des Patientenschutzes und des effektiven Einsatzes der Mittel der Beitragszahler zu gewährleisten“. Der G-BA, der über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidet, habe zwar eine Erprobung der Liposuktion veranlasst. Dass die Methode möglicherweise „das Potenzial einer Behandlungsalternative“ habe, reiche für eine Kostenerstattungspflicht der Kassen aber nicht aus.

Diese Entscheidung hat nicht jeden überzeugt. Und zweifellos hat der Gesetzgeber das Recht, Regelungen zu ändern, wenn er mit deren Auslegung durch die höchstrichterliche Rechtsprechung nicht einverstanden ist oder entgegengesetzte politische Ziele verwirklichen will. Ein Eingriff in die Selbstverwaltung scheint mir dafür aber der falsche Weg zu sein.

Ich will hier ausdrücklich eine Lanze für den G-BA und insbesondere die Methodenbewertung nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin brechen. Die Konkretisierung der

gesetzlichen Vorgaben im Gesundheitswesen durch die sachkundigen Selbstverwaltungspartner hat sich in der Praxis bewährt. Gerade weil zwischen einem angemessenen Niveau der Gesundheitsversorgung auf der einen Seite und einer tragbaren Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf der anderen Seite ein Spannungsfeld besteht und weil erhebliche finanzielle Mittel in diesem Markt bewegt werden, sind die zu treffenden Entscheidungen hochkomplex und nicht immer populär. Eine Entscheidungsfindung durch den G-BA gewährleistet ein hohes Maß an Sachkunde und die transparente Partizipation gegenüberlicher Interessen. Eben deshalb hat sich der Gesetzgeber insoweit eine Selbstbeschränkung auferlegt. Angesichts der zu schützenden Rechtsgüter – es geht auch um Leben und Tod der Patienten – und der Komplexität der Materie (Medizin, Pharmazie etc.) ist sie der Parteipolitik entzogen. Der G-BA hat in seiner Trägerschaft auf ausdrücklicher gesetzlicher Grundlage ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingerichtet. Dieses bewertet Qualität und Wirtschaftlichkeit nach den hierfür maßgeblichen international anerkannten Standards. Durch die drei unparteiischen Mitglieder und insbesondere den unparteiischen Vorsitzenden wird bereits institutionell ein Interessenausgleich gewährleistet. Nur einheitliche Standards führen zu Rechtsfrieden und Rechtssicherheit. Solche einheitlichen Standards sind aus Gründen der (Gesundheits-)Gefahrenabwehr und sozialen Teilhabe unerlässlich. Es kann nicht sein, dass die Stärke der jeweiligen Lobbygruppe darüber entscheidet, ob eine denkbare Leistung von den Krankenkassen finanziert werden muss, andere dagegen nicht.

Die Arbeit des G-BA hat dafür gesorgt, dass in den letzten Jahren und Jahrzehnten ein hohes Sicherheitsniveau erreicht wurde und größere Skandale ausgeblieben sind. Das sollte man nicht leichtfertig auf Spiel setzen.

5. Fazit

Im Gesundheitssektor wird von den Akteuren mit harten Bandagen gekämpft. Versuchen, einer vermeintlichen "Bedrohung" durch Rechtsprechung für Partikularinteressen zu instrumentalisieren, ist indessen eine klare Absage zu erteilen. Die Rechtsprechung ist nach Art. 20 Abs. 3 GG an Gesetz und Recht gebunden. Sie ist dafür verantwortlich, dass Gesetze und untergesetzliche Normen eingehalten und rechtmäßig ausgeführt werden. Darin erschöpft sich auch im Bereich der Gesundheitsversorgung die Rolle des Bundessozialgerichts.

Wir wenden das Gesetz nach bestem Wissen und Gewissen an. Wenn wir uns nicht immer hinreichend klar und präzise ausdrücken, wenn unsere Entscheidungen nicht richtig "überkommen", müssen wir daran arbeiten.

Auch dazu dient das heutige Pressegespräch – nicht nur zu den von mir angesprochenen Themenfeldern. Fragen Sie. Hinterfragen Sie. Kritisieren Sie uns. Und wenn uns einmal etwas gut gelungen sein sollte, sagen Sie uns auch: "Das haben Sie gut gemacht, weiter so."